

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023024586-063-000



Fecha: 2023-12-18 23:34 Sec.día 1388

Anexos: No

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE

Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Destinatario: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-

Número de Radicación : 2023024586-063-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2023-1066
Demandante : JORGE SEBASTIAN BOLIVAR RODRÍGUEZ

Demandados : COLMENA SEGUROS GENERALES
: BANCO CAJA SOCIAL S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 5 de diciembre del año 2023, en concordancia con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

El señor **JORGE SEBASTIAN BOLIVAR RODRÍGUEZ** por conducto de apoderado, formuló acción de protección al consumidor de la cual da cuenta los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y artículo 24 del Código General del Proceso en contra de **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** y **BANCO CAJA SOCIAL S.A.**, pretendiendo el pago del saldo insoluto del crédito como indemnización en afectación al amparo de muerte por cualquier causa de la póliza de seguro de vida grupo deudores en la que fungió como asegurado el señor **MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRÍGUEZ (Q.E.P.D.)** en virtud del microcrédito identificado con el número terminado en ***2431 adquirido por él con el **BANCO CAJA SOCIAL BCSC S.A.**, con ocasión del fallecimiento del asegurado, pretendiendo también el pago de los intereses moratorios y condena en costas y agencias en derecho a las demandadas.

Demandada que fue admitida mediante auto que reposa en el derivado 003 del expediente, vinculando como demandadas a **COLMENA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO CAJA SOCIAL S.A.**, entidades debidamente notificadas, quienes se opusieron en oportunidad a las pretensiones de la demandada con la formulación de sendas excepciones de mérito, de las que se le corrió traslado a la parte actora como consta en el derivado 015 quien guardó silencio, ingresando el proceso al Despacho para fijar fecha de audiencia (derivado 016).

Revisada la contestación de la demanda presentada por las demandadas y verificados los argumentos y material probatorio de la aseguradora vinculada por pasiva, el Despacho procedió a dejar sin efectos la notificación a COLMENA SEGUROS GENERALES S.A. y vinculó como demandada a **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** (derivado 017), entidad que fue debidamente notificada y dentro del término contestó la demanda proponiendo sendas excepciones de mérito como consta en los derivados 020 y 021 del proceso, contestación de la que se le corrió traslado a la parte actora como consta en el derivado 023, parte que guardó silencio, ingresando el proceso al despacho para fijar fecha de audiencia como consta en el informe secretarial que reposa en el derivado 027.

Seguidamente se convocó a las partes a audiencia inicial precisando que se agotaría la etapa de la conciliación de conformidad con la regla sexta del artículo 372 al cual remite el artículo 392 del Código General del Proceso, la cual se declaró fallida y se convocó a las partes para la continuación de la audiencia como consta en el archivo de audio y vídeo adjunto al acta de audiencia que reposa en el derivado 042.

Agotadas las etapas procesales de que trata el artículo 392 el cual remite a los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, procede el despacho a resolver en derecho la controversia planteada, de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario y las disposiciones que regulan tanto al contrato de seguro como a la actividad aseguradora, ante la ausencia de discusión sobre la naturaleza del contrato base de controversia.

Para este propósito, encontrándose reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, partiendo de la competencia otorgada a la Delegatura conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, en virtud de la cual la Superintendencia Financiera de Colombia cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva *“las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público”*, en ejercicio de la acción invocada por la actora y que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011 ha denominado Acción de Protección al Consumidor; corresponde al Despacho establecer si le asiste responsabilidad contractual a **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** y/o al **BANCO CAJA SOCIAL S.A.** en virtud de la póliza de vida grupo deudor identificado con el número terminado en ****4646 certificado individual número 3113111 en la que fue vinculado como asegurado el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) en virtud del crédito de microfinanzas identificado con el número terminado en ****2431 y funge como beneficiario oneroso **BANCO CAJA SOCIAL S.A.**, respecto del amparo de muerte por cualquier causa con ocasión del fallecimiento del señor asegurado el día 8 de mayo del año 2022 y si en virtud de ello se accede o no a las pretensiones de la demanda.

Al respecto, siendo pacífico entre las partes la existencia del contrato de seguro que sirve de fundamento de la acción, es del caso advertir el mismo corresponde a un contrato de seguro, el cual se encuentra regulado en el Código de Comercio en el Título V del LIBRO CUARTO, artículos 1036 al 1162, así como a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, entre otras disposiciones, debiéndose resaltar en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado por esta, por la Ley 1480 del 2011 – Estatuto del consumidor-, atendiendo a que la actividad aseguradora presenta un interés público cuya actividad en el territorio nacional se encuentra restringida y regulada.

Debiendo resaltar que dentro de las citadas disposiciones, el artículo 1056 del Código de Comercio faculta a las compañías de seguros para que atendiendo unos parámetros económicos, legales, técnicos y actuariales –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración, al disponer que, *“Con las restricciones*

legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”.

Siendo expresión de la citada potestad, la posibilidad de determinar los riesgos cuya materialización entran a ser amparados por las entidades aseguradoras al momento de otorgar la cobertura, fuera mediante la definición del amparo o mediante el pacto de condiciones contractuales encaminadas a delimitar determinado riesgo, como fueran las exclusiones a las coberturas, las cuales al ser convalidada por el tomador del seguro, y aceptada por el asegurado, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

Ahora bien, dado el escenario de protección constitucional en que se ejerce la acción de la referencia, y partiendo de los planteamientos efectuados por los opuestos procesales en sus diferentes intervenciones, se debe insistir que ni la facultad de delimitación de los riesgos dada por la ley a las aseguradoras, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, les permiten a las entidades sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección del consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009.

Por lo que sea del caso reiterar lo expuesto por esta Superintendencia en diferentes decisiones, sobre la especial protección que le resulta exigible a la aseguradora frente a los deberes que para la protección de los consumidores estableció el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en sus artículos 100 y 184, así como la Ley 1328 de 2009, en particular las obligaciones de *“Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos”* y *“Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”* de conformidad con lo dispuesto en los literales b) y c) del artículo 7.

Y es que atendiendo al interés público que cobija la actividad aseguradora, es que el contrato incorpora las citadas regulaciones especiales en protección del consumidor, que resultan de imperativo cumplimiento para la entidad vigilada por la SFC, y constituyen lineamientos dentro de los cuales se cumplen las obligaciones contractuales pactadas, comoquiera que se trata de derechos del consumidor financiero protegidos *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*, como lo establece el artículo 5 de la misma ley.

En efecto, ha sostenido la Corte Constitucional en sentencia C-640 de 2010, respecto a la luz del régimen de protección al consumidor financiero:

“...la actividad financiera, bursátil y aseguradora es, pues, una actividad esencial para el desarrollo económico; constituye principal mecanismo de administración del ahorro del público y de financiación de la inversión pública y privada y está fundada en un pacto intangible de confianza. Se trata de la confianza por parte de los usuarios en que las obligaciones derivadas de la respectiva obligación serán rutinariamente satisfechas. Y esa confianza está a su vez cimentada en una regulación adecuada y en la convicción pública de que las entidades que hacen parte del sistema están vigiladas técnica y profesionalmente”.

Ya en punto de la actividad aseguradora, en la citada providencia, la Corte Constitucional, remitiéndose a lo dicho en la sentencia C-409 de 2009, afirmó que el mecanismo de previsión del riesgo que ofrece el sector asegurador formal:

“se fundamenta en el propósito de cumplir con la función social consistente no sólo en proteger el patrimonio del asegurado o amparar a los beneficiarios del seguro por los daños que ocasionó la ocurrencia del hecho riesgoso cubierto (que ya es mucho), sino en proteger la confianza y la

seguridad que reclama la economía de mercado y en general el desenvolvimiento de la vida social y económica del mundo contemporáneo, intangibles valiosos propios a toda sociedad con un estadio medianamente avanzado de civilización, y por los cuales los seguros en general, representan aspectos vitales en las relaciones humanas”.

Así entonces, el ejercicio de la actividad aseguradora conlleva implícitamente el cumplimiento por parte de la entidad que a ello se dedica profesionalmente, de los deberes especiales que le son exigibles, correlativos al beneficio que ésta recibe por la prestación de sus servicios.

Bajo el anterior marco conceptual, téngase de presente que el acceso a la información adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de este tipo de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho a recibir información oportuna, clara, precisa e idónea es un derecho del consumidor, cuya prevalencia tiene sus cimientos desde la Constitución Nacional misma, cuando en su artículo 78 estatuyó que *“la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización”*, postulado que se desarrolló en el ya varias veces citado título primero de la Ley 1328, donde a su vez se destaca, dentro de la contratación financiera, la obligación según la cual la información debe ser *“cierta, suficiente y oportuna”* y, en particular, que la que *“se suministre previamente a la celebración del contrato, deberá permitir y facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado”* para que *“el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio”*, al punto que el incumplimiento de la obligación da derecho al consumidor financiero *“de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que según el mismo contrato deba cumplir”* (artículos 9 y 10).

De allí la importancia, que, en relación con el contrato de seguro, no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por emprender las acciones correspondientes, sin que tal deber pueda ser delegado en un tercero como pudiera ser el tomador de la póliza.

Lo anterior sin perjuicio de las prácticas de protección propia de los consumidores, a quienes corresponde, conforme el literal b) del artículo 6° de la norma en comento que dispone *“Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas”*. De lo anterior, se concluye que existen obligaciones tanto en cabeza de las entidades vigiladas de cumplir con lo ofertado, como de los consumidores, que deben informarse sobre los productos que piensan adquirir o emplear, todo ello en el marco del contrato suscrito entre las partes y siempre que sus disposiciones no conlleven cláusulas abusivas que restrinjan los derechos del consumidor financiero ni releven de responsabilidad a la entidad vigilada.

Y es que, en cuanto al deber de información se refiere, se tiene que el consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradora con el consumidor financiero. En palabras de la Corte Constitucional en sentencia T-136 del 2013 **“DERECHO DE INFORMACION EN EL SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Prohibición de cláusulas y prácticas abusivas. El acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo- adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato,**

como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales.
Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.

A lo anterior, ha de sumarse lo referente a la debida diligencia que se requiere de las entidades vigiladas, soportadas en el principio contenido en el literal a) del artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, en virtud del cual “Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes: a) *Debida diligencia.* Las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, a fin de que estos reciban la información y/o la atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones. *En tal sentido, las relaciones entre las entidades vigiladas y los consumidores financieros deberán desarrollarse de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas ...* c) *Transparencia e información cierta, suficiente y OPORTUNA.* Las entidades vigiladas **DEBERÁN SUMINISTRAR A LOS CONSUMIDORES** financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas”.

Aspecto que ha sido igualmente refrendado por el Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil en sentencia del 3 de diciembre del 2021, Magistrado Ponente Ricardo Acosta Buitrago, expediente 11001-31-99-003-2020-01643-01 que conoció en segunda instancia el recurso de alzada contra la sentencia proferida por esta Delegatura en el expediente 2020-1643, al indicar lo siguiente:

“1. Esta causa se promovió como una acción del consumidor financiero, luego su análisis se debe agotar con atención a los principios que informan esta clase de asuntos, según lo dispuesto por las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011. En particular se destacan, del Título I de la primera regulación, contenido del “régimen de protección al consumidor financiero”, que su artículo 3 consagró i) la debida diligencia que las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, lo que implica que, en el desarrollo de sus relaciones, “se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas” (literal a) y ii) la obligación de transparencia que les impone “suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigilada” (literal c, ibídem), sin perjuicio de otras disposiciones aplicables al respecto.

A su vez, el artículo 7 asignó a las entidades vigiladas obligaciones en torno al producto que ofrecen, como “suministrar información comprensible y publicidad transparente clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado” (lit. c) y “elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación...” (lit. f). Esto encuentra eco en el artículo 23 de la Ley 1480 de 2011, al consagrar que “los proveedores y productores deberán suministrar a los consumidores información, clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre los productos que ofrezcan (...).”

Las citadas disposiciones evidencian que “el consumidor ostenta una posición de especial protección en las relaciones jurídicas, cuya salvaguarda debe estar garantizada por el ordenamiento jurídico”, al reconocer “la existencia de asimetrías negócias asociadas a la dinámica propia del mercado”.

Específicamente, sobre el acceso completo, veraz y oportuno a la información, como condición elemental, inherente a toda actividad de consumo, ha dicho la Corte Constitucional que ... “adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.

Por otra parte, la Corporación (Corte Constitucional) explicó: “entre los principios que deben regir las relaciones de las entidades financieras y los consumidores, según lo establece el literal a) del artículo 3 de la ley 1328 de 2009, se encuentra el relativo a la debida diligencia. De tal principio se deriva un verdadero derecho subjetivo del consumidor financiero a ser atendido de forma respetuosa. Ello implica que el comportamiento de las entidades financieras debe orientarse a la satisfacción de las necesidades del consumidor de conformidad con la oferta, el compromiso y las obligaciones acordadas”.

Lo anterior aunado a lo expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia: SC3791-2021. Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01. 1º de septiembre de 2021.

“El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador. Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato» 11. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde armar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento”.

Así las cosas, para el caso en cuestión, no solo se debe estar a las disposiciones que regulan al contrato de seguro, sino a las que establecen las condiciones de la actividad dentro del que se enmarca el de protección al consumidor, demás aplicable en el presente caso, atendiendo a que el actor como asegurado del amparo pretendido tiene la calidad de consumidor financiero. Elemento relevante en cuanto el desconocimiento o insatisfacción de obligaciones derivadas del negocio jurídico o de cualquier convención válida, imponen a la parte incumplida la carga de las consecuencias desfavorables, situación que en la doctrina y la jurisprudencia se ha denominado como “responsabilidad contractual”, en cuyo marco se analizará el caso concreto atendiendo la competencia de la Delegatura.

Definido lo anterior, en cuanto a la información suministrada al consumidor asegurado hoy fallecido MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.), se tiene que el actor en interrogatorio de parte manifestó que su señor hermano MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) recibió la visita del asesor comercial del banco en su lugar de trabajo, donde él también se encontraba ya que trabajaban los dos en el mismo negocio, luego de concertar la visita mediante llamada telefónica que le hiciera el asesor comercial, para ofrecer un nuevo crédito por un valor mayor al que se encontraba terminado de pagar, en dicha reunión se firmaron los documentos para adquirir el crédito identificado con el número terminado en ****2431 que su hermano MARCOS ANTONIO (Q.E.P.D.) firmó los documentos relacionados con dicho crédito y la póliza, poniendo de presente que no fue su hermano quien diligenció los mismos y que tampoco recibió copia de dichos documentos, situación que no fue desvirtuada por el asesor comercial escuchado en práctica del testimonio decretado por solicitud de la entidad financiera demanda, quien manifestó que fue él quien diligenció los formularios y que no le hizo pregunta por pregunta como aparece en la declaración de asegurabilidad, sino que se hacen una reseña de preguntas sobre su estado de salud. Aunado a lo anterior, se tiene que la apoderada de la aseguradora le preguntó al asesor si le entregó copia del clausulado al actor, quien respondió que no recordaba haberlo hecho en el caso en concreto, pero que la entrega si se encontraba establecido en el procedimiento de comercialización del contrato de seguro. Por todo lo anterior, encuentra el despacho que de la precitada situación y dadas las condiciones en las que se comercializó el contrato de seguro, no se le brindó al consumidor asegurado la debida información respecto del contrato por él adquirido, ni para que informara su estado de salud ya que no se le formularon una por una las preguntas enumeradas del 1 al 7, esta última con los literales de la a hasta la g, inscritas en la declaración de asegurabilidad, documento que fue diligenciado por el asesor comercial y respecto del cual la aseguradora alega reticencia, situación que conlleva a que no se haya demostrado en el presente proceso la información que debió suministrar la aseguradora demandada al consumidor demandante, por lo que se tendrán como no probadas las excepciones intituladas como: *“COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. ha respetado y reconocido los derechos que el demandante tiene como consumidor”* propuesta por **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.**

Definido lo anterior y el marco normativo, identifica el despacho que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado/beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo que procede entonces el Despacho al estudio de los motivos de inconformidad expuestos por la demandada, los cuales se tradujeron en los medios exceptivos propuestos por la aseguradora y analizado el presente caso a la luz del citado precepto normativo, tenemos que la controversia tiene por fuente la afectación del amparo de Muerte por cualquier causa de la póliza del contrato de seguro vida grupo deudores identificada con el número terminado en ***4649 certificado individual número 3113111 en el que fungió como asegurado el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) en calidad de deudor del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****2431 cuyo tomador y beneficiario oneroso es el **BANCO CAJA SOCIAL S.A.**

Al respecto, toda vez que de conformidad con el artículo 1046 del Código de Comercio, el contrato de seguro se prueba por confesión o por escrito, mediante la póliza de seguro, que contiene la información y documentales enunciadas en los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación, vistas las documentales allegadas al plenario sin que fueran desconocidas en su oportunidad por los opuestos procesales, se encuentra que el aludido seguro, corresponde a los denominados seguros de grupo, catalogado como colectivo, en donde una persona natural o jurídica a nombre de terceros o con el fin de amparar un interés

particular, asegura simultáneamente y bajo una misma póliza a un número plural de riesgos (en este caso el señor demandante), sin que las infracciones respecto de una de las personas o intereses afecten a los demás, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 1064 del Código de Comercio.

Ahora bien, visto que las partes tuvieron como hechos probados los siguientes:

1. El señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) en calidad de deudor principal, adquirió crédito MICROFINANZA con el BANCO CAJA SOCIAL S.A. identificado con el número terminado en ****2431, desembolsado el 10 de agosto del 2021, por valor de quince millones de pesos (\$15.000.000).
2. El 2 de agosto de 2021, el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) firmó solicitud individual de seguro de vida identificado con el número 3113111, diligenciado por el señor asesor DAVID BURGOS en el que se consignó la autorización para su diligenciamiento del señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.).
3. En virtud de la obligación crediticia identificada con el número ****2431 el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.) fue vinculado al seguro de vida grupo deudor como asegurado por COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.
4. El señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) falleció el 8 de mayo de 2022.
5. Con base en el fallecimiento del señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) el señor demandante JORGE SEBASTIAN BOLIVAR RODRIGUEZ presentó a la aseguradora solicitud de afectación del contrato de seguro.
6. Que mediante comunicación fechada del 12 de julio de 2022 la aseguradora objetó la reclamación por reticencia.
7. El señor demandante presentó reconsideración fechada del 27 de enero de 2023 radicada ante la aseguradora el 30 de enero de 2023.
8. Que mediante comunicación fechada del 3 de febrero de 2023 la aseguradora reiteró la objeción.
9. Que el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.) no leyó la declaración de asegurabilidad y demás documentos para el otorgamiento del crédito.
10. Que el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.) padecía de antecedentes médicos previo a la suscripción del contrato de seguro.

Por lo anterior, se tiene que la existencia de dicho contrato de seguro en el que el demandante fungió como asegurado y **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** como aseguradora, respecto del contrato de crédito identificado con el número terminado en ****2431 adquirido por el **BANCO CAJA SOCIAL S.A.** y que para la vinculación de la asegurada se tuvo en cuenta la declaración de asegurabilidad fechada del 2 de agosto de 2021.

Citado lo anterior, se tiene que la aseguradora fundamentó la excepción intitulada como *“Nulidad Relativa del Contrato de Seguro,”* en que el asegurado fallecido dejó de informar a la aseguradora respecto de su estado de salud, en la declaración de asegurabilidad, se procede a su estudio inicial.

Y para este propósito se tiene que en interrogatorio de parte practicado al demandante, se informó que cuando el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.) adquirió el contrato de seguro objeto del litigio no recibió copia de la declaración de asegurabilidad ni de las condiciones del contrato de seguro, situación que evidenció porque estuvo presente en el momento en el que su hermano adquirió el crédito y el contrato de seguro, lo cual es coherente por lo manifestado por el asesor comercial quien manifestó que no recordaba haberle entregado copia del clausulado del contrato de seguro al asegurado, así como también le manifestó al despacho que no le hizo pregunta por pregunta del formulario que aparece en la declaración de asegurabilidad, sino que le hizo una “reseña” preguntándole por su estado de salud. Así mismo, el actor manifiesta que busco y conoció las condiciones del contrato de seguro luego del fallecimiento de su hermano quien fungía como asegurado, situación que conllevó a que no se demostrará el cumplimiento del deber de información que le asiste a la aseguradora.

Lo anterior aunado a que si bien se demostró la existencia de enfermedades padecidas por el actor antes del inicio de vigencia del contrato, especialmente la denominada como VON HIPPEL LINDAU (VHL) con resección de lesión lumbar en 2015 -2017, argumentando que al menos desde el año 2015 el actor tenía conocimiento de la enfermedad que padecía y que no lo informó a la aseguradora, a pesar de que en el numeral 5 de la declaración de asegurabilidad se le pregunta expresamente sobre un tumor en la que se respondió que no, sin embargo, en el caso en concreto se demostró que el señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.) no se le leyó pregunta por pregunta por el asesor comercial autorizado para diligenciar la declaración de asegurabilidad, aunado a que el cuestionario no pregunta expresamente por dicha enfermedad VON HIPPEL LINDAU (VHL). Con el testimonio del médico asesor de la aseguradora se pretendió demostrar que, si la aseguradora argumenta que si hubiese tenido conocimiento de que el asegurado padecía VHL no habría asumido el riesgo, manifestación que soporta en que se trata de una enfermedad poco frecuente pero muy importante para retraerse de asumir el amparo básico de vida, pero de cara a la documentación que hace parte del contrato de seguro no se demostró el elemento subjetivo de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que la aseguradora no allegó documentales adicionales que demostraran que si hubiese tenido conocimiento de que el asegurado hoy fallecido padecía dicha enfermedad se hubiere abstenido de celebrar el contrato de seguro que nos ocupa.

Al respecto, se tiene que la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante Sentencia SC-167-2023-2019-00025-01, Recordó los elementos de interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio Colombiano, norma en la que la pasiva funda su excepción, estableciendo lo siguiente:

“4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil¹; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución²; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado³; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁴; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se

abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó⁵; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente⁶.

4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.

En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:

«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo, lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir. De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstanciasu determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)” (negrilla fuera del texto original)

Por lo anterior y de conformidad con el acervo probatorio, no se evidencia que la aseguradora efectivamente indagó al asegurado sobre su estado de salud y que ante las preguntas expresas sobre tumores o si sufría de otras enfermedades este no informó la verdad, sino que no se tiene certeza de como se le dio la información y se le formularon dichas preguntas para que pudiera responder lo que le constaba.

Ahora bien, en la historia clínica del asegurado que reposa en los derivados 043 y 044 en la página 223 se evidencia el diagnóstico de la causa básica – directa del fallecimiento del señor MARCOS ANTONIO (Q.E.P.D.):

“Diagnósticos: Causa básica - Causa directa - I616 - HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA DE LOCALIZACIONES MULTIPLES (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 06/05/2022, Edad al diagnóstico: 30 Años, R579 - CHOQUE, NO ESPECIFICADO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 05/05/2022, Edad al diagnóstico: 30 Años, H162 - QUERATOCONJUNTIVITIS, Fecha de diagnóstico: 02/05/2022, Edad al diagnóstico: 30 Años, E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA, Fecha de diagnóstico: 26/04/2022, Edad al diagnóstico: 30 Años, D431- TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ENCEFALO, INFRATENTORIAL, Fecha de diagnóstico: 25/04/2022, Edad al diagnóstico: 30 Años, H814 - VERTIGO CENTRAL (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 23/04/2022, Edad al diagnóstico: 30 Años. Estado del paciente al momento del egreso: HORA DE FALLECIMIENTO. 17:19.”

En el que no se establece que fue por la enfermedad VHL que falleció el actor, lo anterior, a pesar de que el medico asesor de la aseguradora manifestó que esos padecimientos eran por causa de la enfermedad o síndrome VHL que padecía el asegurado y que en su parecer era una mala práctica que no se incluyera en las causas del fallecimiento la enfermedad, lo cierto es que en el diagnóstico no aparece registrada, situación que conlleva a tener como causa de la muerte la que expresamente se inscribe en la historia clínica aportada al proceso.

Es de destacar que, sobre este tipo de análisis, esto es, respecto de pólizas vida grupo deudores, la Sala Civil del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá en la acción de protección al consumidor con radicado 003-2022-00773-01, al resolver sobre una apelación de sentencia proferida por esta Delegatura, señaló:

“En efecto, el censor aspira a demostrar la trascendencia de la información inexacta con el concepto del experto llevado a la contención, del que el delegado halló ausente material que ratifique su opinión sobre el grado de tarificación, así como las investigaciones efectuadas para llegar a la conclusión de que, si se hubiera conocido el real estado del riesgo, la contratación sería con una extraprima, probanza de la que, afirma la Sala, especialmente se dirige a redundar en la presencia del cuestionario para establecer el estado de salud del usuario y la existencia de la reticencia, materias pacíficas en este contradictorio. Por igual, atestó que la patología de la dislipidemia y el bloqueo de rama conllevaba a la imposición de la prima extra del 150%, epílogo para el que –expresó– se apoyó en el “tarificador de la Swiss Re”, de aceptación internacional. Sin embargo, este laborio no tiene mérito para comprobar la trascendencia de la información omitida por el asegurado, en tanto no obra explicación de los resultados que arrojan los cuadros que aportó en un pantallazo, falencia que mina su poder suasorio. Además, al pretender sustentar su dictamen, destacó su experiencia en casos similares, empero esta se reduce a la cita de uno solo –del que no se acreditó que padeciera igual o similar patología– carencia así mismo reflejada sobre la afirmación de su intervención en más de 135.000 procesos de selección para la toma de los seguros de vida, de la que obra su exclusiva versión, debilidades que, en general, reducen el concepto al propio dicho del perito, sin

acreditar que frente a la presencia de dislipidemia y el bloqueo, siempre se extraprima. En este orden, a pesar de la especial ascendencia suasoria que tiene la prueba pericial para llevar al fallador los hechos de los que carece de especializado conocimiento, ello no comporta que se deba aceptar el desenlace propuesto por el solo hecho de su arribo al contradictorio, en la medida que tal trabajo debe concitar las condiciones de solidez, claridad, precisión y calidad de sus fundamentos y la descripción de las fuentes a las que se acudió, para que en su análisis bajo las reglas de la sana crítica y auscultando la argumentación técnica y científica vertida en él, se obtenga la necesaria firmeza y seriedad conceptual, para que el juez, al definir el conflicto, se acoja a esas conclusiones. Aparte de lo anterior y con idéntica orientación para ratificar este segmento de la decisión confutada, se observa que en el proceso de perfeccionamiento del consentimiento de las partes obró una incuestionable y censurable laxitud, pues quien llenó el formulario fue la asesora, como atestiguó Sandra Martínez, a pesar de que las políticas de la aseguradora disponen que el cliente debe diligenciarlo. La condición de quién debe integrar el formato tiene importancia por cuanto el usuario, al leer el interrogatorio, tiene mayor propensión para recordar si ha sufrido alguna de esas patologías al paso que la composición por parte de un tercero mecaniza más el acto y, en particular y para el caso concreto, avizora lo irrelevante que resultaba esa información para estructurar la decisión de contratar por parte de la aseguradora, muy a pesar del asentimiento materializado con la imposición de su firma y las admoniciones sobre la insinceridad del asegurado”.

Expuesto lo anterior no está probado cuál hubiese sido el actuar de **COLMENA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** para el año 2021, si hubiese conocido el estado de salud del asegurado, además no se acreditan cuáles eran las políticas aplicables por la aseguradora con respecto a los padecimientos de VHL frente a la póliza de vida grupo deudores relacionada con los créditos garantizados.

Además, las atestaciones de la representante legal de la referida aseguradora y del asesor médico no son suficientes para tener por acreditados los supuestos que den lugar a la declaración de nulidad pretendida por la aseguradora demandada, por cuanto adolecen del mismo respaldo probatorio, es decir, cuáles eran esas políticas de la entidad y su aplicación para el año 2021.

Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, de un lado, que la declaración de la representante legal se constituyó como elemento de convicción para la pretendida nulidad del contrato con posterioridad a la presentación de la demanda mas no al momento de la asunción del riesgo por parte de la aseguradora; y, de otro, que aun cuando no se desconoce la importancia que el cuestionario de asegurabilidad tiene para para la contratación y el análisis de riesgo por parte de la aseguradora, el mismo no tiene la virtualidad de demostrar que **COLMENA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** se hubiera retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas.

En este punto, es de señalar que el pretender otorgar el efecto del 1058 del Código de Comercio ante cualquier omisión en padecimiento o diagnostico conllevaría al absurdo de que cualquier condición médica en sí misma no decretada diera automáticamente el efecto pretendido, trasladando la carga impuesta por el legislador a la entidad aseguradora al consumidor, lo que sería contrario al principio de debida diligencia que poseen las entidades vigiladas por esta Superintendencia, como se expuso en decisión de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia SC 3791 de 2021 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

En consecuencia, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como “Nulidad Relativa del Contrato de Seguro.”.

Superado lo anterior y de conformidad con el artículo 1077 de Código de Comercio Colombiano, atendiendo que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto a la aseguradora/beneficiaria como a la

aseguradora en la precitada norma, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo anterior, se tiene para el caso en concreto que los términos del amparo que se pretende afectar establecen que se en el cual se pactó el amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

en el que se pactó el amparo de muerte en los siguientes términos:

“1.1. Muerte por cualquier causa. Si mueres dentro la vigencia de la póliza por causa natural no preexistente o accidental, o preexistente declarada y aceptada por Colmena, Colmena pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.”

De conformidad con las documentales aportadas por la aseguradora con la contestación de la demanda y en atención a las pruebas de oficio decretadas, documentales no tachadas o controvertidas por las partes. (aportado con la contestación de la demanda derivados 013 y 014 del expediente)

Así mismo, se encuentra probado que el valor asegurado corresponde al valor del crédito desembolsado que para el caso en concreto corresponde a la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) tal y como se encuentra pactado en las condiciones del contrato de seguro aportadas con la demanda y la contestación de la demanda de la aseguradora, así como las pruebas decretadas de oficio en las que la entidad financiera allegó la licitación que reposa en los derivados 054 y 055, lo anterior, sin perjuicio de que el saldo a capital de la deuda para la fecha de fallecimiento, esto es el mes de mayo del año 2022 correspondía al valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS (\$9,375,000.00) como consta en el histórico de pagos allegado por la entidad financiera con la contestación de la demanda que reposa en los derivados 013 y 014 del expediente, sin embargo, debe tenerse en cuenta que las condiciones del contrato de seguro definen saldo insoluto como: *“Saldo Insoluto de la deuda: Se entiende como el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de la ocurrencia del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones, se comprenderán además, los intereses moratorios y las primas de este seguro no canceladas por el Deudor. Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, se entiende como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha de ocurrencia del Siniestro.”* (página 9 del Pliego póliza vida grupo deudor derivados 054 y 055).

Precisado lo anterior, se evidencia que el demandante aportó certificado de defunción que da cuenta del fallecimiento del señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) el 8 de mayo de 2022, documental aportado con la demanda, junto con la historia clínica de que las que se evidencia el fallecimiento del asegurado en vigencia del contrato de seguro objeto del litigio.

Respecto de la cuantía, se tiene como valor asegurado el valor inicial del crédito desembolsado, el cual corresponde a la suma de quince millones de pesos (\$15.000.000), situación que conlleva a que el demandante haya demostrado ocurrencia y cuantía en el presente proceso.

Seguidamente, sobre la pretensión de los intereses máximos moratorios, se tiene que el artículo 1080 del Código de Comercio establece *“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad. (...)”* pretensión a la que se accederá en los términos de la precitada norma, condenando a la aseguradora demandada, COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses moratorios

causados desde mes siguiente a la reclamación presentada por la demandante, la cual no se tiene fecha exacta de radicación aunque se aportó una solicitud de indemnización fechada del 23 de mayo de 2022 con la contestación de la demanda, si se evidenció que se radicó antes del 12 de julio del año 2022, ya que en esa fecha la aseguradora dio respuesta a la misma, por lo que si bien, no se tiene certeza de la fecha de presentación de la reclamación ante la aseguradora, se tomará como fecha de partida el 11 de julio de 2022 un día antes de la primera respuesta de la aseguradora, respecto de la cual el mes siguiente se encontraría a partir del 11 de agosto del año 2022, lo que conlleva a tener como probada la fecha desde la cual se pretende el pago de los intereses de que trata la norma en cita, por lo que visto que el valor desembolsado del crédito supera el saldo de la deuda para la fecha de ocurrencia del siniestro, de conformidad con el histórico de pagos allegado al proceso con la contestación de la demanda de la entidad financiera derivados 013 y 014, se ordenará pagar al demandante el valor que exceda del saldo de la deuda pagado al beneficiario oneroso BANCO CAJA SOCIAL. Situación que conlleva a la inexorable conclusión de tener como no probada parcialmente las excepciones intituladas como: *“Ausencia de cobertura de la Póliza vida No. 3702-1094646, numero de solicitud 3113111.”* Y *“El evento acaecido se encuentra expresamente excluido de cobertura.”* y probadas las intituladas como *“La Cobertura Otorgada por la Póliza se Circunscribe a los Términos de su Clausulado”* y *“La Responsabilidad de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. se Limita al Valor de la Suma Asegurada.”* propuestas por COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.

En consecuencia, se condenará a COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. al reconocimiento de la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) y a los intereses correspondientes calculados desde el 11 de agosto del año 2022 al beneficiario oneroso de la póliza hasta el saldo insoluto actual de la deuda identificada con el número terminado en ****2431 de titularidad del señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR (Q.E.P.D.) y el valor que exceda dicho saldo se pagará al señor demandante SEBASTIAN BOLIVAR.

Superado lo anterior, procede el despacho a analizar la responsabilidad de la entidad financiera BANCO CAJA SOCIAL S.A. respecto del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****2431, se evidencia que de este surgen obligaciones a cargo de la consumidora financiera, por lo que encuentra el Despacho que la presente controversia gira en torno a un contrato de mutuo o crédito financiero, que se encuentra definido en el artículo 2221 del Código Civil como aquél en el cual: *“... una de las partes entrega a la otra cierta cantidad de cosas fungibles con cargo a restituir otras del mismo género y calidad”*. Esta definición resulta aplicable al ámbito mercantil, al tenor de lo dispuesto por el artículo 822 del Código de Comercio, salvo que en esta materia, el contrato es por naturaleza remunerado. En cuanto a las prestaciones que surgen para los intervinientes en un contrato de mutuo, ha dicho la doctrina que para el **mutuante**, en este caso la entidad financiera, la única obligación que surge es la de carácter constitutivo, cual es la entrega del dinero – oportunidad en la que nace el contrato mismo – mientras que para el **mutuario** lo es el pago de la remuneración convenida y la restitución de la suma mutuada. (RODRÍGUEZ Azuero, Sergio, *Contratos Bancarios*, Sexta Edición, Editorial LEGIS, reimpresión 2011, pág. 466).

Así mismo, se demostró que la entidad financiera gestionó lo tendiente a vincular al deudor a su póliza de vida grupo deudor tomada por dicha entidad, razón por la que le asisten obligaciones de información, por lo que no encuentra el despacho, probada la excepción intitulada como *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DEL BANCO CAJA SOCIAL SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.”* Propuesta por la entidad financiera.

Ahora bien, si bien la entidad financiera gestionó la vinculación del asegurado a la póliza objeto del litigio requiriendo la declaración de asegurabilidad estudiada y no se demostró la debida diligencia frente a la información dada al asegurado, esto no significa per se la demostración de un daño atendiendo los elementos axiológicos de la responsabilidad, por lo que no se encuentra acreditada la responsabilidad del banco por parte de la actora, encontrándose probada así la excepción de *“AUSENCIA DE*

REPONSABILIDAD DEL BANCO CAJA SOCIAL POR LA NEGATIVA DE COLMENA SEGUROS DE VIDA DE AFECTAR EL SEGURO DE VIDA.” Propuesta por la entidad financiera demandada **BANCO CAJA SOCIAL S.A.**

Situación que lleva al traste las pretensiones del presente proceso respecto de la entidad financiera, absteniéndose de analizar los demás medios exceptivos formulados de conformidad con lo establecido en el inciso tercero del artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, esta Delegatura se abstendrá de condenar en costas, toda vez que las mismas no aparecen causadas, de conformidad con lo establecido en el numeral 8º del artículo 365 del Código General del Proceso.

Conforme con lo expuesto, la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

Finalmente, no se condenará en costas a la pasiva a favor de la demandante por aparecer probadas en el proceso.

En consecuencia, la **DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones denominadas por la entidad aseguradora demandada como: *“Nulidad relativa del contrato de seguro”, “COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. ha respetado y reconocido los derechos que el demandante tiene como consumidor.”, “Ausencia de cobertura de la Póliza vida No. 3702-1094646, numero de solicitud 3113111.”* Y *“El evento acaecido se encuentra expresamente excluido de cobertura.”* propuestas por COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. y no probada la excepción intitulada como **“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DEL BANCO CAJA SOCIAL SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.”** Propuesta por el BANCO CAJA SOCIAL S.A. por lo anteriormente expuesto.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADAS las excepciones tituladas como: *“La Cobertura Otorgada por la Póliza se Circunscribe a los Términos de su Clausulado”* y *“La Responsabilidad de COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. se Limita al Valor de la Suma Asegurada.”*, propuestas por **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** y la intitulada como **“AUSENCIA DE REPONSABILIDAD DEL BANCO CAJA SOCIAL POR LA NEGATIVA DE COLMENA SEGUROS DE VIDA DE AFECTAR EL SEGURO DE VIDA”** propuesta por **BANCO CAJA SOCIAL S.A.** de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

TERCERO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** por el incumplimiento del contrato de vida grupo deudores identificado con el número terminado en ***4646 certificado individual número 3113111 al negar el reconocimiento y pago del amparo de muerte por cualquier causa al señor con ocasión del fallecimiento del señor MARCOS ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.).

CUARTO: CONDENAR a **COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A.** al pago de la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) así: pagando al **BANCO CAJA SOCIAL S.A.** el saldo insoluto de la obligación crediticia identificada con el número terminado en ****2431 adquirida en vida por MARCOS

ANTONIO BOLIVAR RODRIGUEZ (Q.E.P.D.) y el valor que exceda esa cifra al señor demandante **SEBASTIAN BOLIVAR RODRIGUEZ** dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

QUINTO: CONDENAR a COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses causados en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 11 de agosto del año 2022 al señor demandante **SEBASTIAN BOLIVAR RODRIGUEZ** dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

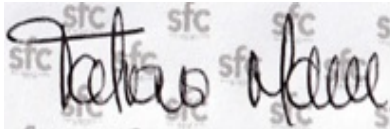
SEXTO: El cumplimiento de la orden que se imparte en esta sentencia deberá ser acreditado por COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes contados a partir de la expiración del plazo otorgado para el mismo, advirtiéndose que el incumplimiento de las órdenes aquí impartidas puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011.

SEPTIMO: Negar las demás pretensiones de la demanda.

OCTAVO: Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

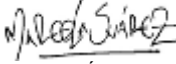
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



TATIANA MAHECHA MARTINEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Copia a:

Elaboró:
TATIANA MAHECHA MARTINEZ
Revisó y aprobó:
TATIANA MAHECHA MARTINEZ

| |
|---|
| <p>Superintendencia Financiera de Colombia DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES Notificación por Estado</p> |
| <p>La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>19 de diciembre de 2023</u></p> <p> MARCELA SUÁREZ TORRES Secretario</p> |